

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1934

THÈSE

N° 584

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Claude-André-Michel-Gilbert PINEAU

Né le 6 Juillet 1905 à PARIS

.....

Les Complications
des Phlegmons périamygdaliens

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS ET DE PUBLICATIONS MÉDICALES
16, RUE PAVÉE

—
1934

ANNÉE 1934

No

(Diplôme d'État)

Claude-André-Michel-Gilbert PINEAU

Né le 6 Juillet 1905 à PARIS

Les Complications des Phlegmons périamygdaliens

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS ET DE PUBLICATIONS MÉDICALES
16, RUE PAVÉE

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiâtrie
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BULLIARD ... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT.... Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD ... Parasitologie.
GASTINEL ... Bactériologie.
GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-ryno-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
JOANNON..... Hygiène.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LACOMME ... Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOULQUIN.... Anatomie pathologique.
OBERLING ... Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER..... Pathologie expérimentale et comparée.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.	GUÉNIOT.....	Clinique obstétricale.
AUBERTIN....		LE LORIER ...	
BRULÉ.....		LÉVY-SOLAL..	
CHIRAY.....		METZGER.....	
DUVOIR.....			
HARVIER.....			
LIAN.....			

MM.	
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CADENAT.....	
HEITZ-BOYER.	
MOCQUOT	
MOURE.....	
SCHWARTZ....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé....	Stomatologie.
FREY.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR ARSENE PINEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

qui nous donna les premiers conseils et les premiers exemples. En reconnaissance de l'accueil qu'il nous fit dans son service, comme stagiaire, puis comme externe, et en hommage de notre admiration et de notre gratitude.

A notre Maître

LE DOCTEUR L. BALDENWECK

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Beaujon

*qui nous a inspiré cette thèse. En
hommage de profonde reconnaissance et
de respectueux attachement.*

In Memoriam

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RIBIERRE

*dont les quelques mois que nous
passâmes dans son service nous laissent
un souvenir ineffaçable.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur Agrégé G. LARDENNOIS (*Externat*).

le Docteur Cl. VINCENT (*Externat*).

le Docteur LÉCHELLE (*Externat*).

le Professeur GOSSET.

le Professeur Agrégé René MOREAU.

le Docteur MADIER.

le Docteur R. SOUPAULT.

le Docteur Robert MONOD.

le Docteur LÉVY-DECKER.

le Docteur MAGNEIN.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, il a été d'usage classique de considérer le phlegmon périamygdalien comme une affection bénigne, qui, bien que livrée à elle-même, guérissait spontanément par ouverture pharyngée. Il n'en est pas moins vrai que certains phlegmons peuvent revêtir une telle gravité, qu'ils font craindre pour la vie du patient. Ces cas, à la vérité, sont assez rares. Mais s'il est de règle que l'évolution soit favorable, des complications sont possibles. C'est ce qui explique que le traitement des phlegmons périamygdaliens subisse en ce moment une rénovation profonde, qui a surtout pour but de mettre le malade à l'abri de ces complications.

Trousseau disait : « L'angine phlegmoneuse fait la gloire de toutes les médications, parce qu'elle guérit d'elle-même, et leur désespoir, parce que la médecine ne prévaut jamais contre elle, en ce sens que nous sommes impuissants pour en enrayer la marche et pour en abrégier la durée. »

Nous ne saurions actuellement accepter de telles propositions. La gravité, que peuvent revêtir certaines complications, a conduit à la recherche de thérapeutiques nouvelles, qui ont surtout pour but de traiter le phlegmon d'une façon précoce et complète, et de mettre le patient à l'abri d'atteintes ultérieures. En effet, des notions capitales dominant actuellement la question : on ne saurait s'empêcher d'établir un rapport entre la fréquence et la gravité des complications et les notions de phlegmons récidivant, latent, à évolution prolongée.

On en est donc arrivé à rechercher un traitement qui soit à la fois curatif et prophylactique.

La question a subi un regain d'intérêt ces dernières années à la suite des travaux publiés par les auteurs allemands sur les septicémies d'origine amygdalienne, et des recherches de Canuyt et de Viéla sur le siège exact des suppurations péri-amygdaliennes.

Il en est résulté une connaissance plus exacte des métatonsillites, et des moyens thérapeutiques nouveaux :

— l'amygdalectomie « à chaud », pratiquée depuis longtemps par certains auteurs étrangers d'une façon habituelle, et qui, acquisition récente en France, s'avère comme un moyen des plus utiles dans le traitement de certaines complications;

— l'amygdalectomie « à tiède », proposée il y a quelques mois seulement, et qui semble appelée à un succès certain.

Nous avons pensé, sur le conseil de M. Baldenweck, qu'il pouvait être intéressant, dans l'état actuel de la question, de faire son bilan, et nous nous proposons :

1° D'étudier rapidement l'anatomie pathologique et les formes de ces phlegmons;

2° De passer en revue les complications qui peuvent survenir au cours et du fait de leur évolution;

3° De décrire les traitements de ces complications et de poser leurs indications respectives.

CHAPITRE PREMIER

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Classiquement, suivant le siège de la déformation, on décrit plusieurs variétés de phlegmons périamygdaliens :

1° *Phlegmon périamygdalien antéro-supérieur*

Le plus fréquent, il siège entre la partie supérieure du pilier antérieur et l'amygdale, au voisinage de la fossette sus-amygdalienne. Le voile bombe en avant. L'amygdale est refoulée en bas, en dedans et en arrière. Le pilier est tuméfié par l'œdème; la luette, rejetée au delà de la ligne médiane, prend à cause de l'œdème un aspect gélatineux. C'est le tableau le plus habituel et le plus complet.

2° *Phlegmon périamygdalien postérieur*

Le phlegmon siège entre l'amygdale et le pilier postérieur. L'amygdale est refoulée en avant par le pilier, qui apparaît derrière elle, tel un bourrelet vertical. Dans cette forme, l'infection peut s'étendre en arrière et en dehors, par des fusées purulentes, vers le cou et les vaisseaux, dont la proximité rend l'intervention dangereuse.

3° *Phlegmon périamygdalien inférieur*

Dans ce cas, exceptionnel, la suppuration se produit entre le pôle inférieur de l'amygdale, qui est refoulée en haut, et la

base de la langue. Elle peut fréquemment entraîner de l'œdème ary-épiglottique.

Une autre variété, plus bénigne, peut se collecter entre le pôle inférieur et le repli triangulaire.

4° *Phlegmon périamygdalien externe*

On désigne ainsi des phlegmons siégeant entre la coque amygdalienne et l'aponévrosé pharyngienne. Pour certains auteurs, cette forme se confond avec l'abcès latéro-pharyngien. L'abcès se formerait primitivement dans l'espace pré-stylien.

L'accord n'était pas réalisé sur le siège anatomique réel de ces phlegmons.

Pour Broca, le phlegmon prenait son origine en dehors de l'amygdale, dans le tissu cellulaire lâche interposé entre la capsule fibreuse et les parois propres du pharynx.

Killian était d'avis que son siège était dans la fossette sus-amygdalienne.

Pour Kowler, l'abcès se développerait dans le voile, dans la vaste nappe de tissu conjonctif qui s'étale sous la muqueuse.

Enfin, pour certains auteurs, l'abcès siégerait même en dehors du pharynx buccal, dans la région cervicale, et se formerait primitivement dans l'espace pré-stylien, comme ont tenté de le démontrer Arsimole et Cobb.

En 1930, Canuyt, à la suite de recherches expérimentales sur le cadavre, d'autopsies et de radiographies pratiquées après injection de lipiodol dans la cavité de l'abcès, arrive à cette conclusion que l'abcès périamygdalien siège dans la loge amygdalienne.

La pratique maintes fois répétée de la ponction exploratrice et de l'amygdalectomie à chaud lui permet d'apporter la preuve décisive de ses premières constatations.

Cette loge amygdalienne a pour limites : en bas, l'accolle-

ment capsulo-pariétal qui se fait au niveau du tiers inférieur de la glande; en dehors, la paroi latérale du pharynx, aponévroses et muscles; en avant, le pilier antérieur avec son muscle glosso-staphylin; en arrière, le pilier postérieur avec son muscle pharyngo-staphylin; en dedans, l'amygdale; en haut, en avant et en dedans, la fossette supra-tonsillaire.

Cette loge remonte très haut vers le voile, ce qui explique la symptomatologie vélique classique, quand le pus monte dans la loge. Elle présente deux points faibles, le recessus palatin en haut, en avant et en dedans, où se fait l'ouverture spontanée du phlegmon, et la partie supérieure de la paroi pharyngée en arrière et en haut par où fusent les phlegmons de l'espace maxillo-pharyngien d'origine amygdalienne.

Un fait a frappé Canuyt au cours de ses recherches, c'est l'importance des adhérences pathologiques dues au passé amygdalien du sujet. Ces adhérences ont un rôle de premier plan dans l'évolution clinique, le siège et la migration des abcès. Ce sont ces adhérences qui donnent au phlegmon son individualité clinique.

Cette question des adhérences est de première importance.

Récemment encore, M. Baldenweck y insistait. Il remarque d'abord que le siège initial est bien extra-capsulaire, sur la face externe de l'amygdale, et poursuit: « En se développant, le phlegmon s'étend en arrière vers le pilier postérieur et surtout en haut vers le voile. Mais il y a des exceptions, et j'ai vu des phlegmons naître sus-amygdaliens et se développer presque exclusivement dans le voile.

« J'ai d'ailleurs l'impression que ces formes supérieures d'emblée sont dues à l'existence d'adhérences, résultant d'inflammations antérieures; elles cloisonnent la loge amygdalienne et séparent la face latérale de la glande de son pôle supérieur.

« La même raison, c'est-à-dire les adhérences, donne vrai-

semblablement aussi l'explication des formes dites postérieures. L'abcès né sur la face latérale se trouve bridé dans son développement classique par en haut et, contournant l'amygdale, file dans le pilier postérieur ».

Nous pouvons donc conclure :

L'abcès périamygdalien a son siège sur la face externe de l'amygdale, entre la capsule et l'aponévrose pharyngée.

Les adhérences dues à des atteintes antérieures lui donnent son individualité clinique.

Il est toujours en dedans de l'aponévrose pharyngée, et ne doit pas être confondu avec l'abcès latéro-pharyngien, véritable adéno-phlegmon cervical, qui doit être considéré comme une complication.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS

Samuel Greenfield rapporte, en 1929, que, sur 290 cas de phlegmons observés par lui, 10 ont été accompagnés de complications.

Ces dix cas se décomposent ainsi :

une septicémie généralisée, avec méningite et mort;

trois hémorragies;

un œdème aigu du larynx;

deux abcès cervicaux;

deux polyarthrites;

une endocardite aiguë.

Les complications sont donc assez fréquentes et assez graves pour mériter toute l'attention du médecin, qui devra les prévenir en connaissant mieux leurs conditions d'apparition, et les traiter rapidement et bien sous peine d'assister à des désastres.

Nous commencerons par l'étude du phlegmon récidivant, qui peut être lui-même considéré comme une complication, et qui, par les modifications anatomiques qu'il crée, joue un rôle important dans l'étiologie des autres complications.

Nous étudierons ensuite le phlegmon latéro-pharyngien, puis les hémorragies, et enfin les septicémies avec le danger des embolies microbiennes.

PHLEGMONS RECIDIVANTS

Il arrive qu'un phlegmon survienne comme un accident isolé dans la vie d'un malade. La guérison obtenue, il ne se reproduira plus.

D'autres fois, au contraire, à intervalles plus ou moins éloignés, mais avec une régularité tout à fait décevante, les atteintes se renouvellent.

Ces cas sont extrêmement fréquents, et sont entretenus par une amygdalite chronique.

L'intervalle entre les récidives est variable. Chez les uns, les phlegmons réapparaissent régulièrement tous les ans à la même époque. Chez d'autres, une nouvelle atteinte surviendra après des années de rémission, parfois dix ans. Chez d'autres, enfin, les récidives seront tellement rapprochées qu'elles constitueront un *véritable état de mal phlegmonneux*, un nouveau phlegmon survenant dès la terminaison du précédent, et ces atteintes successives empêchant tout traitement à froid.

Les conditions dans lesquelles se font ces RÉCIDIVES en font des manifestations tout à fait dissemblables des phlegmons premiers en date. En effet, les brides cicatricielles, les adhérences, qui se produisent peu à peu, en perturbant l'anatomie de la loge entraînent l'apparition de nouvelles formes cliniques.

Le siège subit des modifications. soit que le phlegmon fuse dans le pilier postérieur, soit qu'il gagne vers le pharynx ou vers la voûte palatine.

A cause de ces adhérences, le phlegmon peut subir des difficultés à se drainer normalement et, par suite, il pourra avoir une ÉVOLUTION PROLONGÉE.

Ces mêmes adhérences occasionneront des ABCÈS MULTIPLES, nécessitant des ouvertures multiples, entraînant des dif-

ficultés de drainage, si toutes les poches n'ont pas été ouvertes.

Bien plus, ces abcès récidivants, profonds, bridés, évoluant d'une façon torpide, donnent naissance à des ABCÈS LATENTS, qui ne seront découverts qu'à l'occasion d'une amygdalectomie à froid, à moins qu'une complication plus grave ne surgisse auparavant.

Toutes ces formes irrégulières, à symptomatologie parfois fruste, à évolution prolongée, et créant par là une double difficulté, diagnostique et thérapeutique, relèvent presque toujours des récidives.

PHLEGMON LATERO-PHARYNGIEN

L'espace para-pharyngien, qui contient les gros vaisseaux cervicaux, contient aussi de nombreux ganglions, qui forment le relais ganglionnaire des lymphatiques de la région amygdalienne.

Les adénopathies sont fréquentes au cours des phlegmons périamygdaliens. Le plus souvent, après évacuation du pus, ces adénopathies se résolvent d'elles-mêmes. Mais il arrive parfois qu'elles continuent à évoluer pour leur propre compte sous forme d'adéno-phlegmons profonds du cou. La profondeur de leur siège, la proximité des gros vaisseaux en font une complication d'une gravité particulière.

Elle se voit surtout après les abcès postérieurs, au cours de phlegmons qui ont été insuffisamment ouverts, ou bien ouverts par une dilacération trop précoce pour ramener du pus, et ayant occasionné des manœuvres inutiles. A ces ponctions blanches, il faut encore ajouter le danger que créent les abcès cloisonnés nécessitant pour se vider des ouvertures multiples.

En définitive, c'est donc au cours des phlegmons récidivants que se développera surtout l'adéno-phlegmon cervical, parce que c'est à cette occasion que seront les plus nombreuses les conditions favorables à son développement : siège anormal, mauvais drainage, poches multiples.

A la suite ou pendant l'évolution d'un phlegmon péri-amygdalien, alors que l'incision de la collection devrait amender les signes, on constate la persistance d'une fièvre élevée et de signes généraux graves. Cependant le trismus est peu marqué, et l'absence, au niveau du pharynx buccal, de phénomènes inflammatoires en rapport avec l'importance des signes généraux qui persistent ou subissent une exacerbation, en font rechercher l'explication au niveau de la région cervicale.

C'est ainsi qu'on découvre une douleur à la pression siégeant en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire. A ce même niveau, on peut constater une légère tuméfaction. L'adénite primitive s'accompagne bientôt de périadénite, et finalement on constate un empâtement général. Un léger torticolis apparaît, qui prend de l'intensité et provoque de la raideur de la nuque.

L'irritation du sympathique du côté de la lésion provoque parfois du myosis et un rétrécissement de la fente palpébrale par énophtalmie.

A ces signes positifs de phlegmon latéro-pharyngien vient s'ajouter la durée anormale de l'évolution, qui arrive au quinzième jour.

Puis la voussure cervicale s'étend, augmente, devient fluctuante. Il apparaît un gonflement en arrière du pilier postérieur. On peut parfois, entre un doigt cervical et un doigt pharyngien, percevoir de la fluctuation.

Si on pratique une nouvelle incision de la tuméfaction amygdalienne, elle reste blanche.

L'évolution de ce phlegmon, après une assez longue période

pendant laquelle il reste méconnu, conduit vers l'ouverture à la peau le plus souvent. Il est rare, en effet, qu'il se fasse jour vers le pharynx. Parfois, il peut s'ouvrir dans le conduit auditif, comme dans l'observation de Hoffmann, où le malade, ressentant une sensibilité douloureuse dans la région rétro-angulo-maxillaire gauche, est pris de trismus, d'un œdème de l'œil gauche, d'une fièvre élevée, et fait une paralysie faciale. Au huitième jour de cet état, il se produit un écoulement purulent par le conduit. On pratique alors l'incision d'un phlegmon sous-maxillaire. C'est le surlendemain seulement que le spécialiste, appelé en consultation, découvre un phlegmon péritionsillaire, et l'incise.

L'extension de ce phlegmon peut encore se faire vers la base du crâne, ou la base du cou, en fusant le long de la gaine des vaisseaux.

Cette double extension explique les complications endocrâniennes et médiastinales que l'on peut à juste titre redouter.

Mais ce sont les hémorragies qui seront le plus à craindre. La persistance du pus qui baigne les vaisseaux finit par les disséquer, les ulcérer, et provoque leur rupture avec toutes ses conséquences.

Le diagnostic hésite parfois pendant un certain temps. En effet, les signes physiques tardent souvent à se montrer. D'un autre côté, la symptomatologie du phlegmon péritionsillaire peut masquer celle du phlegmon latéro-pharyngien. D'autres fois encore, le phlegmon périamygdalien passe inaperçu, et l'adénopathie rétro-angulo-maxillaire est mise sous la dépendance de l'angine.

Feuchtinger a publié le cas d'un homme de 30 ans, soigné pour une angine dont la guérison était presque complète, quand, subitement, l'état général empira. La région tonsillaire était à peine tuméfiée. La région sous-maxillaire était infiltrée. La mort survint au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouva un petit abcès du pôle inférieur de l'amygdale gauche s'étendant vers la base de la langue et la paroi latérale du pharynx. Le larynx baignait dans le pus. Et cependant le malade se plaignait peu de sa gorge et n'accusait qu'une dysphagie légère.

Outre les fusées purulentes et les hémorragies par rupture vasculaire, une crise subite de dyspnée laryngée, par spasme ou par œdème, entraîne quelquefois la mort subite. Des phénomènes septicémiques peuvent enfin faire leur apparition, avec le grave pronostic qu'ils comportent toujours.

HEMORRAGIES

Les hémorragies, pour n'être pas fréquentes à l'extrême au cours des phlegmons périamygdaliens, n'en peuvent pas moins prendre dans certains cas une allure cataclysmique, qui commande l'intervention d'urgence.

Elles surviennent plus fréquemment au cours d'abcès évoluant depuis un certain temps, et sur lesquels on n'est pas intervenu. Il n'est pas douteux que la longueur de l'évolution ne représente, dans ce cas, un facteur étiologique important.

Il est difficile, sinon impossible, de dire cliniquement, en présence d'une hémorragie, d'où elle vient; et si c'est un gros tronc qui est en cause, elle n'a aucune chance de s'arrêter spontanément. Fort heureusement, ces cas sont rares, et il faut incriminer la plupart du temps une artère de moindre importance.

Cliniquement, les hémorragies se présentent sous trois formes : cataclysmique, sévère, bénigne. A ces trois formes correspondent des conditions anatomo-pathologiques différentes.

Dans les formes cataclysmiques, l'abcès amygdalien, rompant l'aponévrose pharyngée, devient latéro-pharyngé. Il se produit une ulcération d'un gros vaisseau qui baigne dans le pus.

Quelle est l'artère qui saigne le plus souvent? Dans la statistique de Newcomb, qui est déjà ancienne, puisqu'elle date de 1908, on trouve les chiffres suivants : 9 fois la carotide interne, 1 fois la carotide externe, la bifurcation de la carotide primitive, la linguale, la pharyngienne ascendante, la faciale.

Dans les formes sévères, l'aponévrose pharyngée reste indemne; le processus hémorragique se produit dans l'espace inter-capsulo pharyngien. A ce niveau, plusieurs artères abordent l'amygdale : ce sont elles qui, étirées et rendues vulnérables par le pus qui les baigne, se rompent. D'après Lapouge, quatre branches importantes irriguent l'amygdale : l'artère palatine descendante, branche de la maxillaire interne, qui aborde le pôle supérieur; l'artère tonsillaire inférieure, qui pénètre au niveau du pôle inférieur; l'artère palatine ascendante, qui irrigue la face latéro-postérieure de la glande, à côté de l'artère pharyngo-méningée, qui donne à ce niveau une branche tonsillaire.

Dans les formes bénignes, c'est la cavité de l'abcès qui saigne en nappe; le pus, d'abord chocolat, est bientôt remplacé par du sang presque pur.

Mais il est impossible de prévoir quelle forme revêtira une hémorragie. En effet, dans presque tous les cas, il existe les mêmes symptômes de début, constitués par des écoulements de sang peu importants, sans qu'on puisse dire si, dans la suite, se produira une hémorragie cataclysmique, ou si, au contraire, un simple tamponnement suffira pour se rendre maître de l'effusion sanguine.

Dans certains cas, une tuméfaction cervicale, traduisant l'existence du pus dans l'espace parapharyngé, pourra faire craindre l'hémorragie cataclysmique, mais il n'y a au fond aucun signe de certitude.

Wolmat a publié le cas d'une jeune femme, qui, après un épisode grippal, fait un abcès sus-amygdalien gauche. L'ouverture, pratiquée à l'aide de la pince de Lubet-Barbon, ne ramène que peu de pus, et les phénomènes généraux restent sérieux. Dix jours après le début de l'abcès, survient une hémorragie diffuse. On juge nécessaire la ligature de la carotide externe. L'hémorragie s'arrête, mais la mort survient quarante-huit heures après, par septicémie à streptocoques.

Sercer publie le cas d'une malade, chez qui l'abcès est ouvert le seizième jour de son évolution. Quinze jours après, elle fait une syncope et vomit un peu de sang noir. A l'examen, on relève l'existence d'une petite tache bleue sur la paroi postérieure du pharynx. Dans la journée, il se produit encore deux petits vomissements sanglants. Puis, dans la nuit, survient un grand vomissement très inquiétant, avec formation d'une tuméfaction rétro-maxillaire.

On pratique alors une ligature de la carotide et un tamponnement au niveau du pharynx. La malade survit un mois, et meurt d'un abcès cérébral.

Ces deux observations rapportent des cas d'hémorragie tardive. Mais il peut se déclancher aussi des hémorragies précoces, dans les cas de périamygdalite phlegmoneuse sans abcédation, et n'ayant subi aucune intervention. Ces hémorragies peuvent devenir cataclysmiques. Caboche et Borst ont publié en 1925 deux cas d'hémorragies cataclysmiques survenues au cours du processus phlegmoneux n'ayant pas atteint la suppuration, et qui se terminèrent par la mort.

SEPTICEMIE POST-ANGINEUSE

Les accidents septicémiques, survenant à la suite d'angines de quelque nature qu'elles soient, peuvent prendre une telle importance en certains pays, que l'on a vu ouvrir à Berlin, en 1926.

un service spécial, confié à Klaus, et destiné à recevoir uniquement de tels malades.

D'abord rares dans les premiers mois, les admissions se sont multipliées dans la suite, et peu de temps après, Klaus pouvait publier cinquante cas de septicémies traitées dans son service. Ces septicémies sont rarement bénignes; elles revêtent le plus souvent une gravité telle, qu'elles entraînent des conséquences tragiques, surtout si elles sont méconnues et non traitées. Elles se terminent alors la plupart du temps par la mort.

C'est de préférence à la suite d'états phlegmoneux amygdaliens, évoluant sans grosse tuméfaction des régions amygdaliennes, qu'elles surviennent. Souvent même, elles apparaissent au cours d'angines aiguës d'allure grave, dans lesquelles on ne pose pas le diagnostic de phlegmon périamygdalien, parce qu'il s'agit de petits phlegmons situés à la face profonde de l'amygdale, ne se révélant pas par les signes phlegmoneux habituels. Parfois plusieurs angines ont évolué antérieurement d'une façon normale, ou bien, au contraire, c'est à la première atteinte que se manifeste la septicémie. Dans la majorité des cas, il s'agit de périllonsillites récidivantes.

Ces septico-pyoémies ont un début précoce ou tardif.

Dans le premier cas, vers le troisième jour d'une angine ou d'un état phlegmoneux, dans lequel persiste un état général grave, apparaissent les premiers frissons. Dans le second cas, c'est vers le douzième jour qu'il se produit une reprise des phénomènes généraux. On peut aussi voir survenir des formes à début retardé, qui, lorsque tout paraît rentré dans l'ordre et que l'on parle de guérison, font leur apparition parfois quatre semaines après le début de l'angine.

A la vérité, ces dernières formes sont rares.

Il s'agit ordinairement d'une septico-pyoémie, dont l'apparition est marquée par des frissons tardifs, qui sont à différencier des frissons de début de l'angine, et qui surviennent au cours d'une fièvre continue s'accompagnant de signes géné-

raux qui ne s'amendent pas. Les frissons répétés, dus à la thrombose précoce des gros troncs veineux, la température revêtant un aspect pseudo-palustre et s'accompagnant de signes généraux importants et de durée prolongée, le teint jaunâtre, blafard, l'anéantissement profond où se trouve le malade complète le tableau de la période d'état.

L'aspect de la région cervicale permet d'affirmer l'origine amygdalienne. On constate l'existence d'une adénopathie rétro-angulo-maxillaire, parfois très importante. La région carotidienne est infiltrée, tuméfiée, formant une masse diffuse descendant souvent jusqu'à la région sus-claviculaire. Il y a une sensibilité générale à la pression de tous les gros vaisseaux du cou. L'intervention montrera qu'il s'agit de thrombo-phlébites de la faciale, de la jugulaire, comparables en tous points à la thrombo-phlébite du sinus latéral.

L'examen de l'amygdale est parfois complètement négatif. Dans la plupart des cas, il y a disproportion entre les lésions amygdaliennes et l'intensité des phénomènes généraux.

On remarque simplement un peu de gonflement au niveau de la tonsille qui est rejetée en avant et en dedans. La plupart du temps, les piliers ne sont pas œdématisés, il n'y a pas de déviation de la luette.

C'est qu'il s'agit d'abcès rétro-tonsillaires de faible importance parfois même microscopiques, et ne donnant naissance qu'à un minimum de signes locaux. Il y a néanmoins un certain œdème de la paroi pharyngée et du larynx. Le malade accuse parfois une névralgie du trijumeau et de violentes hémicranies, qui sont les signes de lésions irréparables de l'encéphale.

L'examen de la formule sanguine montre l'absence totale d'éosinophiles, et de la lymphopénie. S'il ne fournit pas de renseignements capitaux, il permet néanmoins d'éliminer une leucémie aiguë, une angine aggranulocytyque.

L'examen bactériologique peut être négatif, si l'on ne prend pas de précautions, car il s'agit souvent d'anaérobies. On prélèvera le sang au début du frisson et on pratiquera une culture anaérobie.

Le plus souvent, la culture montrera du streptocoque anaérobie.

Un peu moins souvent, il peut s'agir du streptocoque hémolytique.

Enfin, parfois, et c'est le cas des cultures fortement positives, il pousse du staphylocoque.

À côté de cette forme, la plus fréquente, on peut décrire une autre forme évoluant d'une façon un peu différente, avec signes généraux très marqués et fièvre élevée en plateau, mais dans laquelle les frissons ne sont ni aussi prolongés ni aussi répétés que dans la forme précédente.

Le diagnostic peut présenter une certaine difficulté à cause de la discrétion des signes amygdaliens. On ne pense pas tout de suite à rattacher les phénomènes infectieux auxquels on assiste à leur véritable origine pharyngée.

On cherche la confirmation d'une pneumonie, dont les signes sthétacoustiques n'apparaissent pas; l'allure pseudo-palustre peut aussi en imposer pour une pyélite. La formule leucocytaire fera repousser l'idée d'une leucémie aiguë, de même que celle d'une angine à syndrome agranulocytaire, si l'attention a été attirée par des signes pharyngés.

En présence d'un tel syndrome infectieux, le trismus, qui même en cas de processus phlegmoneux peu intense, existe toujours au moins à l'état d'ébauche, est un des meilleurs signes entraînant la présomption d'une inflammation péritonsillaire.

Il est alors facile de constater la relation entre l'état péri-amygdalien et l'état septicémique présenté par le malade.

Mais comment se développe cette pyoémie?

Est-ce par une veine amygdalienne thrombosée, est-ce par voie lymphatique? Chaque théorie trouve ses défenseurs et ses détracteurs.

Pour Fraenkel, Zange, Knick, l'infection se ferait par voie veineuse. Il y aurait thrombo-phlébite primitive des veinules amygdaliennes, qui se communiquerait de proche en proche par l'endoveine jusqu'à la jugulaire interne et au plexus veineux cervical.

Pour d'autres, l'infection se propagerait par l'intermédiaire des vaisseaux et des espaces lymphatiques. Les examens de pièces macroscopiques ont montré une infiltration périvasculaire très marquée. Cette infiltration gagne les ganglions situés au contact immédiat des veines faciale ou jugulaire. Les veines à leur tour s'infectent de dehors en dedans. La thrombo-phlébite est donc le stade terminal de l'infection, qui ne gagne pas par l'endoveine et endo-phlébite.

C'est la théorie de Uffenorde, de Burckart, confirmée par Waldapfer. Des autopsies lui ont montré des ganglions en plein ramollissement, accolés à la jugulaire remplie de masses thrombosées. Les coupes histologiques révèlent que les ganglions ont fait irruption dans la jugulaire. D'un autre côté, Waldapfer n'a pas constaté de thrombose des veinules amygdaliennes.

Dans le premier cas le lieu important où se fait la contagion veineuse est donc l'espace périamygdalien. Dans le second, au contraire, ce sont les processus phlegmoneux ganglionnaires de la région pharyngienne qui entraînent des périphlébites, suivies d'endophlébites et de thromboses.

Bingold concilie les deux thèses. La voie d'infection serait différente selon le microbe causal. Nous avons vu que trois agents microbiens étaient le plus souvent responsables de ces septicémies, le streptocoque anaérobie, le streptocoque hémolytique et le staphylocoque.

Le streptocoque hémolytique provoquerait une septicémie par voie lymphatique, sans frissons.

Le streptocoque anaérobie serait responsable des thrombo-phlébites primitives, qui représentent les cas les plus fréquents.

Enfin le staphylocoque donnerait lui aussi naissance à des thrombo-phlébites, et prédisposerait aux métastases et foyers secondaires.

Quoi qu'il en soit, ces septicémies sont d'une gravité exceptionnelle. Abandonnées à elles-mêmes, il est bien rare qu'elles ne se terminent pas par la mort. Elles présentent le danger constant des embolies microbiennes, donnant lieu à des localisations pleurale, pulmonaire, endocarditique, articulaire, endocranienne, cette dernière représentant 20 % des cas dans la statistique de Zange. L'on peut craindre aussi une thrombo-phlébite du sinus caverneux par thrombose rétrograde du plexus veineux pharyngé.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

I. — TRAITEMENT CURATIF

Il n'y a pas un, mais trois traitements des complications des phlegmons de l'amygdale : curatif, préventif, prophylactique. Nous avons vu la gravité que peuvent revêtir certaines de celles-ci. Il importe donc que le médecin, toutes les fois qu'il le pourra, s'attache à en prévenir l'éclosion. Mais, bien souvent, il sera mis en présence du fait accompli. Un seul rôle lui reste alors, éviter une issue bien souvent fatale par un traitement énergique et approprié.

Traitement du Phlegmon latéro-pharyngien

Il peut arriver qu'on assiste au développement du phlegmon latéro-pharyngien. On a des chances, en instituant un traitement précoce, de le faire avorter. L'emploi du PROPIDON donne de bons résultats. Nous publions, à la fin de ce travail, deux observations intéressantes à ce sujet.

Mais si l'on n'obtient pas un résultat rapide, il ne faut pas trop tarder pour recourir au traitement chirurgical. Nous savons que ce phlegmon, très profond, évolue pendant longtemps sans donner de gros signes superficiels, bien que les dégâts progressent en profondeur. En temporisant trop, on risque de voir survenir des complications. Donc, malgré la

bénignité apparente des symptômes, et sans attendre toujours les signes de collection, il faut intervenir de bonne heure.

Le refoulement fréquent du paquet vasculo-nerveux du cou vers le pharynx interdit la voie d'abord pharyngée. Le bistouri ou la pince risquent de léser les vaisseaux. S'il n'en est rien, il reste à craindre les hémorragies secondaires.

L'incision cutanée reste donc la seule voie permise, soit qu'on la pratique au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, soit mieux encore au niveau du bord postérieur. Au doigt ou à la sonde on explore la partie haute du pharynx en passant en arrière du paquet vasculo-nerveux. Un drain est laissé en place pendant 24 à 48 heures. La guérison est de règle, et survient rapidement.

Un auteur allemand a proposé de réunir l'ouverture cutanée au pharynx en déchirant les tissus restants à l'aide d'une pince qui va à la recherche d'un doigt introduit dans le pharynx. La communication est agrandie par l'ouverture de la pince.

Il ne semble pas que ce nouveau procédé soit très préférable.

Traitement des Hémorragies

Une préoccupation doit dominer en présence d'une hémorragie, c'est l'incertitude où nous sommes sur le siège, et l'allure qu'elle peut prendre subitement.

Trois procédés de traitement ont été proposés : la ligature, le tamponnement, l'amygdalectomie.

Les travaux de Newcomb et d'Aubriot ont montré que dans les cas mortels, c'était un des gros vaisseaux qui était en cause. Bien qu'on ait préconisé l'amygdalectomie parce qu'elle permettrait de découvrir le vaisseau qui saigne, c'est justement dans ces cas d'accidents cataclysmiques qu'elle se montre le

moins indiquée, parce que la voie pharyngée constitue la plus mauvaise voie d'abord pour effectuer la ligature. N'aurait-elle pas pour résultat de faire naître le danger de nouvelles hémorragies?

Dès lors deux procédés restent en présence : la ligature et le tamponnement.

D'après Sercer, on peut tamponner si le phlegmon est de date récente, si l'hémorragie est petite, si elle survient à la suite d'une incision. On aura au contraire recours à la ligature si le phlegmon est ancien, si l'hémorragie est grave et si elle est spontanée.

Mais une nouvelle hémorragie, secondaire, pouvant survenir après ligature par anastomose latérale ou rétrograde, il sera bon de tamponner en même temps.

Les hémorragies cataclysmiques survenant souvent après des saignements minimes, n'est-il pas préférable, dans les cas où le malade, après tamponnement, ne peut pas être très étroitement surveillé, de recourir d'emblée à la ligature par voie cervicale?

Quel vaisseau faut-il lier? D'après la statistique de Newcomb, ce serait la carotide primitive, puisque le vaisseau qui saigne le plus souvent est la carotide interne. Sur 16 cas de ligature, il aurait eu 11 guérisons et 5 morts. On ne saurait toutefois pratiquer une telle ligature, avant d'avoir constaté une lésion de la carotide interne. Dans les autres cas, il suffira de lier la carotide externe.

Traitement des Septicémies

En présence d'une septicémie, l'expectative est le plus souvent mortelle. Les auteurs allemands, malgré la difficulté et le danger de l'opération, se sont décidés à intervenir chirurgica-

lement dans presque tous les cas. Le traitement purement médical leur a donné trop de déboires. Ils ne se servent plus de celui-ci que comme d'un adjuvant.

Mais l'existence de traitements plus simples, qui dans quelques cas ont pu donner des résultats intéressants, de même que les difficultés techniques que présente l'intervention, ne sont pas faites pour rendre plus facile la recherche des conditions opératoires.

D'une façon générale, on peut dire que toutes les fois que le diagnostic de thrombophlébite est posé, l'intervention devient justifiée. L'abandonner à son évolution naturelle, c'est faire courir au malade tous les risques des embolies microbienes et de la thrombophlébite rétrograde qui gagne le sinus caverneux. Le pronostic dans ces cas est fatal, et la mort survient en quelques jours.

Les conditions opératoires sont le plus souvent mauvaises. On aura en effet à intervenir sur un malade présentant un état général grave, fatigué, très abattu, et susceptible plus qu'un autre de ressentir un choc opératoire. Aussi bien aura-t-on souvent intérêt à ne pas pratiquer l'intervention aussitôt, et de temporiser 24 à 48 heures, qui seront mises à profit pour remonter l'état général à l'aide de la digitale, du sérum glucosé, etc. Cette préparation, malgré qu'elle fasse perdre quelques heures, est loin d'être inutile, et c'est ainsi que recommande d'agir Zange.

L'anesthésie comportera :

1° l'anesthésie du plexus cervical, par infiltration à la novocaïne. Cette infiltration devra être étendue en prévision des lésions que l'on découvrira;

2° l'anesthésie de la région amygdalienne par badigeonnage à la cocaïne ou au Bonain, et si possible infiltration du pilier antérieur à la novocaïne.

L'intervention comportera deux temps :

1^{er} temps : recherche et ligature des veines thrombosées.

2^e temps : énucléation de l'amygdale.

I. — Recherche et ligature des veines thrombosées

La recherche devra être complète et totale. On poursuit la recherche des vaisseaux atteints jusqu'en partie saine, de façon à ne laisser inexplorée aucune des portions thrombosées. On disséquera notamment avec soin la veine pharyngienne, pour aller à la recherche de petits abcès qui peuvent s'échelonner le long de son trajet. Cette poursuite prudente et complète des lésions peut parfois conduire jusqu'à la région sus-claviculaire en bas, jusqu'à la loge amygdalienne en dedans, et jusqu'à la base du cou en haut. C'est assez dire les difficultés que l'opérateur est susceptible de rencontrer, et l'étendue des lésions qu'il peut trouver. Tous les vaisseaux thrombosés doivent être liés en partie saine. Toutes les portions abcédées seront excisées.

II. — Enucléation de l'amygdale

L'opération serait incomplète si l'on s'arrêtait à ce premier temps. Le foyer infectieux qui se trouve au niveau de l'amygdale doit être enlevé, car c'est lui qui est le point de départ de tous les accidents. Seul, Knick ne se déclare pas partisan de l'ablation. Mais Zange et Claus la pratiquent, et la présentent comme le complément indispensable de la ligature du plexus veineux.

Dès le premier temps achevé, il importe donc de le compléter par une amygdalectomie à chaud, dont nous étudierons plus loin la technique.

Bien que le traitement médical ne présente pas à lui seul de garanties suffisantes d'obtenir la guérison, et qu'avec la

vaccinothérapie ou la chimiothérapie on ait tenté de vains efforts, il ne saurait être question de se priver de l'aide du traitement médical. Associé au traitement chirurgical, il est d'une utilité incontestable, surtout grâce à la sérothérapie antistreptococcique réalisée avec le sérum de Vincent, et surtout grâce aux immuno-transfusions. L'abcès de fixation apportera aussi une aide efficace.

Sans doute faut-il reconnaître qu'il est difficile de fixer une fois pour toutes une technique. Il y a des cas d'espèce et c'est au médecin à fixer en dernier ressort ce qui convient le mieux à son malade.

Parfois d'ailleurs l'intervention n'aura pas lieu, parce que le cas et l'urgence de l'intervention auront été méconnus, dans les formes de septicémie très précoce par exemple, où le début se confond avec le début de l'angine.

Souvent aussi un semblant de rémission fait méconnaître la gravité du cas. Quand les phénomènes alarmants apparaissent de nouveau, il est trop tard pour intervenir utilement. Ou bien encore, l'allure traînante subaiguë que revêt la maladie fait errer le diagnostic.

Le pronostic d'une telle intervention dépend en grande partie de sa gravité. Mais il dépend aussi du malade. Des cas qui semblaient désespérés ont été opérés avec succès. Il y a là un ensemble de facteurs particuliers, qui tient à chaque malade et qui fait que l'on ne peut prévoir l'issue d'une thérapeutique qui, dans un grand nombre de cas reste inopérante.

Parfois, devant la gravité du tableau, il faut se contenter d'une simple amygdalectomie. Certains même ont hésité à la pratiquer. Elle offre certainement moins de risques que la continuation de la pyoémie.

La mortalité reste importante, mais seule dans certains cas l'intervention a permis d'arrêter l'évolution de la septicémie.

II. — TRAITEMENT PREVENTIF

Devant la gravité des complications qui peuvent survenir, et la difficulté que pose leur thérapeutique curatrice, on doit mettre tout en œuvre pour tenter de les éviter.

TRAITEMENT MÉDICAL

Si l'on voit un phlegmon à son début, le meilleur moyen de prévenir les complications, c'est de chercher à le faire avorter. Le traitement abortif peut être soit d'ordre général, soit d'ordre local.

A. — Traitement général

On peut avoir recours à trois méthodes :
thérapeutique de choc,
immunisation spécifique,
transfusion sanguine.

1° La thérapeutique de choc peut être réalisée :

a) A l'aide des métaux colloïdaux. Le plus employé est l'argent. Triboulet, le premier, injecte du Collargol par voie intraveineuse à la dose de 5 cc., le plus tôt possible. Il arrive ainsi à faire avorter des phlegmons en 24 h. à 36 h.

b) Par autohémolysothérapie de Descarpentries.

c) Au moyen d'un stock-vaccin Le plus employé est le Propidon, par voie sous-cutanée profonde, à la dose de 4 cc., renouvelée au bout de 48 h.

Cette thérapeutique de choc provoque toujours une réaction générale plus ou moins violente.

2° L'immunisation spécifique réalisée :

a) par vaccinothérapie (vaccins de Pasteur, de Bruschetti).

b) par sérothérapie. Certains auteurs emploient le sérum antistreptococcique de Vincent. Cette thérapeutique semble surtout agir sur l'état infectieux qui accompagne le phlegmon.

3° Transfusion sanguine. Sous forme de transfusion, de 100 à 200 gr., elle constitue une excellente mesure contre les complications septicémiques.

B. — Traitement local

1° *Injection in situ d'Electrargol.*

Cette méthode, appliquée pour la première fois en 1917 par Bourgeois, fut reprise par lui en 1928 avec son interne Lapiné. Elle consiste à injecter 1/2 ou 1 cc. d'Electrargol au point maximum de rougeur et de tuméfaction. Il se produit d'abord une réaction douloureuse, puis très vite l'amélioration survient.

2° *Injection in situ de Bactériophage.*

Halphen et Djiropoulos ont proposé un traitement abortif par injection dans le voile du palais de 2 cc. de Bactéstatyphage. Immédiatement après, ils pratiquent une auto-hémothérapie de 10 cc. ayant pour but de désensibiliser l'organisme en supprimant les antiphages du sérum.

3° Enfin signalons les résultats obtenus par Cambiesco, Tzetzou et Popesco de Bucarest, qui injectent in situ des produits variés : bactériophage, filtrat antistaphylo, filtrat antistrepto, bouillon stérile, sérum physiologique; ils ont eu les mêmes résultats abortifs, à n'importe quelle période de l'évolution.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Mais dès que le pus est formé, il faut l'évacuer rapidement en totalité, et assurer à l'abcès un bon drainage.

La ponction exploratrice. — Il importe donc que le diagnostic d'abcédation soit posé le plus tôt possible.

Cliniquement, c'est l'asymétrie et la tuméfaction vélïques qui permettent de poser avec certitude ce diagnostic. Or, quand l'abcès donne cette symptomatologie vélïque, il y a déjà longtemps qu'il est constitué. Il débute en effet dans la loge amygdalienne, au-dessus du tiers inférieur, et ce n'est que dans la suite qu'il monte en soulevant plus ou moins le voile. En attendant les signes certains d'abcédation, on aura donc perdu du temps.

D'autre part, en incisant prématurément, on risquerait de ne pas trouver de pus.

La pratique systématique de la ponction exploratrice permet de déceler de bonne heure l'existence de la suppuration.

De plus, elle évitera des interventions inutiles et regrettables sur des tuméfactions vélo-palatines, sur des œdèmes du voile, et la recherche obstinée d'une collection qui n'existe pas. Une ponction négative permettra de s'abstenir d'une intervention dans des cas de pharyngite pseudo-phlegmoneuse de Bonnet Roy, de fluxion vélo-palatine pseudo-phlegmoneuse et de phlegmon periamygdalin abortif d'Escat, de pseudo-phlegmon diphtérique.

Enfin, il y a des cas où l'on ne trouve pas le pus parce que, à l'intervention, la pince passe au-dessus du foyer. Ce pus, la ponction exploratrice nous en montrera la réalité.

Est-ce à dire qu'elle ait une valeur absolue? Il ne semble pas qu'elle supprime toute possibilité d'erreur diagnostique : une ponction blanche ne peut avec certitude faire rejeter l'hypothèse de l'existence du pus. Comme tout moyen d'investigation clinique, elle est soumise à des causes d'erreur. On ne peut donc lui conférer qu'une valeur relative, mais qui apporte un élément de perfectionnement dans la recherche du diagnostic.

Pratiquement, cette ponction sera exécutée avec une se-

ringue et une aiguille d'un assez fort diamètre, après anesthésie au Bonain ou infiltration à la novocaïne à 1 pour 100. C'est à travers les deux tiers supérieurs du pilier antérieur, au niveau de la loge amygdalienne, entre la capsule et la paroi latérale du pharynx, que l'aiguille sera enfoncée à une profondeur de 1 cm. 1/2 environ. Elle pénétrera assez facilement dans l'espace décollable extra-capsulaire, dont les parois ont été distendues par le pus.

Il faut alors évacuer cette collection selon les règles générales de la chirurgie.

De nombreuses techniques ont été proposées. Nous étudierons successivement les procédés classiques et les acquisitions récentes que la technique moderne a proposées en s'appuyant sur des faits anatomiques et sur les formes diverses que revêt l'affection.

Procédé Lemaistre. — C'est l'incision au bistouri, enveloppé de diachylon jusqu'à un centimètre environ de sa pointe et pratiquée selon une direction oblique, parallèle au bord interne du pilier antérieur, à 1/2 ou 1 cm. de celui-ci, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Il importe de diriger la pointe du bistouri obliquement de dehors en dedans, et de ne pénétrer que de 1 cm. à 1 cm. 1/2.

En cas d'abcès postérieur, l'incision portera sur le pilier postérieur lui-même, parallèlement à son bord interne. Il sera bon de s'assurer auparavant qu'il ne s'agit pas d'un adéno-phlegmon latéro pharyngien, repoussant vers le pharynx le faisceau vasculo nerveux du cou.

Procédé de Moure. — Cet auteur se sert du galvanocautère porté au rouge sombre pour pratiquer une ouverture dans le pilier antérieur, à un centimètre ou deux de son bord. C'est donc, à peu de chose près, le point de Lemaistre, mais le couteau galvanique est dirigé d'avant en arrière et de dedans en

dehors, obliquement vers la paroi externe de la loge amygdalienne.

Procédé de Lubet-Barbon. — A l'aide du bistouri, d'une sonde cannelée pointue, du galvanocautère, mais surtout à l'aide de la pince coudée dite pince de Lubet-Barbon, on pratique une ouverture normalement aux tissus, au milieu d'une ligne qui joint la base de la luette au collet de la dernière grosse molaire supérieure. Lorsqu'on a pénétré dans la collection on dilacère et on agrandit les bords de la plaie en écartant les branches de la pince.

Procédé de Killian. — Ce procédé consiste à introduire une sonde rigide de fort calibre dans la fossette sus-amygdalienne et à l'enfoncer en haut et en dehors. Dès qu'on voit sourdre le pus, on retire la sonde, et par l'orifice ainsi créé on introduit une pince fermée, dont on ouvre les branches pour le dilater.

Procédé de Ruault. — A l'aide de crochets mousses ou tranchants introduits dans la fossette supra-tonsillaire, et dirigés en bas entre l'amygdale et le pilier antérieur, on essaie de rompre les adhérences pour atteindre la collection.

Aucun de ces procédés n'est parfait : on peut faire à tous de graves reproches.

Le procédé de Lemaistre, en pratiquant une incision linéaire, expose aux hémorragies; l'introduction d'un bistouri à ce niveau ne manque pas de danger. De plus, l'ouverture trop petite se referme trop rapidement.

La guérison après cautérisation est longue et expose à la chute d'escharres.

Les autres procédés sont douloureux.

Mais surtout c'est une erreur de croire, qu'à cause de sa

symptomatologie vélique, la collection soit située à la partie haute du pilier antérieur, et de procéder à son évacuation par un orifice punctiforme.

C'est ce qui permet à Canuyt de dire : « Ce que l'on peut reprocher aux techniques actuelles, c'est d'ouvrir la collection à la partie haute, et de l'ouvrir insuffisamment. Le drainage, par conséquent, est mal assuré. »

Ouverture large de la loge amygdalienne. Procédé de Canuyt.

Canuyt a donc été amené, pour obvier aux inconvénients de ces procédés classiques, à proposer une nouvelle technique.

« Si, comme nous le pensons, la collection purulente se trouve en dehors de l'amygdale dans la loge amygdalienne, au niveau de l'espace décollable extra-capsulaire, il nous paraît logique d'aller ouvrir la loge amygdalienne par le chemin le plus direct et le plus court, d'inciser l'abcès au point déclive et de drainer largement cette suppuration. »

Il a recours à l'anesthésie locale par infiltration à la novocaïne.

Nous n'insisterons point ici sur la technique que nous exposerons dans les détails à propos de l'amygdalectomie à tiède. Contentons-nous d'indiquer seulement ici qu'il opère à l'aide du bistouri ou du bistouri électrique, pratiquant une incision verticale à 1 centimètre du bord libre du pilier. Cette incision, longue, commence au niveau du pôle supérieur de l'amygdale pour se terminer au niveau de la dernière molaire. Elle correspond à la projection de la loge amygdalienne sur les tissus mous. Si l'incision ne ramène pas de pus, l'opérateur effondre les tissus à l'aide d'un instrument mousse (sonde cannelée, pince de Kocher, pince de Lubet-Barbon).

Les résultats obtenus par ce procédé sont meilleurs que ceux obtenus par les anciennes méthodes. En effet, l'incision

est en partie déclive et permet de vider plus complètement et plus facilement la collection. Il est rare qu'on soit obligé, comme dans les procédés habituels, d'intervenir à nouveau avec la pince. Enfin la température et l'état local s'améliorent plus rapidement.

III. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Assurer la prophylaxie des récidives, c'est assurer en même temps la prophylaxie des complications. Or, traités comme nous venons de le voir, les phlegmons sont susceptibles de récidiver souvent. La raison en est la conservation de l'amygdale, qui, infectée, est le point de départ de nouvelles atteintes.

L'ablation de l'amygdale responsable est la seule méthode qui puisse préserver le malade contre les poussées ultérieures.

Amygdalectomie à froid

Le procédé classique consiste à pratiquer cette exérèse à froid, c'est-à-dire à attendre un mois ou six semaines après la disparition des phénomènes infectieux pour intervenir.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'exposer les techniques nombreuses de l'amygdalectomie pratiquée à froid : on trouvera tout au long un très bel exposé de toutes ces techniques dans le rapport de MM. Jacques et Molinié fait au Congrès d'Oto-rhino-laryngologie de 1930.

Nous nous bornerons à rappeler que cette opération est parfois rendue difficile par l'existence de brides fibreuses dont la section provoque des hémorragies, et que les malades, par insouciance ou par pusillanimité, hésitent souvent à accepter une intervention dont la nécessité immédiate ne se fait plus sentir. Fatalement ces malades sont appelés à faire de nouveaux

phlegmons, car l'ouverture simple de l'abcès n'en a pas assuré la prophylaxie

Enfin et surtout nous connaissons l'existence de ces abcès récidivant à bref intervalle, qui ne permettent pas l'intervention parce que la lésion n'a pas le temps de se refroidir.

C'est alors qu'on se demanda si, pour mettre ces malades à l'abri des récidives, il n'était pas justifié de pratiquer une opération à chaud, et s'il n'était pas possible d'unir en un seul temps un traitement curatif et un traitement prophylactique des phlegmons de la loge amygdalienne.

De là est née *l'amygdalectomie à chaud*.

Amygdalectomie à chaud

Déjà employée depuis un certain temps à l'étranger d'une façon courante, introduite en France depuis seulement quelques années, cette opération, dont nous étudierons plus loin les indications précises, est actuellement défendue par les uns comme n'offrant aucun danger, tandis que d'autres en restent les adversaires résolus.

D'abord est-ce une opération nouvelle? A-t-elle fait, pour que nous puissions la juger, suffisamment ses preuves?

Déjà, en 1859, Chassaignac, dans son *TRAITÉ DE LA SUPPURATION ET DU DRAINAGE*, s'exprimait ainsi : « Nous n'hésitons pas, dans les cas de suppuration tonsillaire, comme d'ailleurs dans tous les cas d'amygdalites aiguës, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fahnenstock modifié par nous et d'après les principes de notre procédé opératoire. »

« Non seulement nous n'avons jamais vu survenir aucun accident à la suite de l'opération pratiquée, mais la disparition de tous les symptômes aigus et une cicatrisation rapide de l'amygdale incisée dans cet état en sont la conséquence. »

Basavilbaso aurait pratiqué l'amygdalectomie à chaud dans plusieurs cas de phlegmons périamygdaliens avec gêne respiratoire.

Erdelyi procède à l'ablation des amygdales dès que le diagnostic est posé. Sur 43 cas opérés à l'anesthésie locale, il ne signale aucun accident.

A. R. Zambrini et R. Podesta ont opéré ainsi 50 malades avec une innocuité absolue.

H. Barnes pratique couramment cette intervention.

Enfin de nombreux auteurs allemands, américains, argentins viennent apporter leur contribution de succès.

En France, Canuyt la pratique avec succès à titre d'expérimentation lors de ses recherches anatomo-pathologiques sur le siège exact des phlegmons peritonsillaires. Il aurait opéré ainsi plus de 100 malades sans avoir jamais d'accidents.

A la suite de ces communications, L. Leroux adopte cette technique et pratique systématiquement la tonsillectomie totale à chaud sur tous les malades porteurs d'une collection périamygdalienne après avoir constaté la présence du pus par ponction exploratrice.

E. Halphen publie de son côté une trentaine d'observations de malades traités de même façon, et ses conclusions sont en concordance parfaite avec celles de L. Leroux. M. Baldenweck enfin apporte à son tour les résultats de son expérience personnelle portant sur quinze cas.

Justification de l'amygdalectomie à chaud

Justification anatomique. — Nous avons montré précédemment combien les procédés classiques d'incision assuraient mal le drainage de la collection, pourquoi le lieu d'incision était mal choisi, comment l'opérateur était parfois obligé de repasser le lendemain dans l'ouverture la pince ou la sonde.

Le procédé d'ouverture large de la loge, préconisé par Canuyt, constitue un énorme progrès.

Que dire alors de l'amygdalectomie à chaud, qui met d'emblée la poche à plat, en supprimant le couvercle constitué par l'amygdale, instituant ainsi la méthode de drainage optima à laquelle on puisse penser. La mise à plat est complète et définitive.

Justification clinique. — Il arrive parfois, lors d'amygdalectomie à froid, que l'opérateur tombe sur une collection purulente extra-capsulaire, véritable abcès enkysté. Des cas semblables sont rapportés par Kœnig, par Aubriot et par Canuyt. Nous avons insisté sur l'inconvénient que présente la persistance de collections semblables, et le danger que pourra présenter pour le malade, lors de l'intervention, le fait d'ignorer ces collections. L'amygdalectomie à chaud en constituera la meilleure prophylaxie.

Justification pratique. — L'amygdalectomie à chaud, outre qu'elle met le malade à l'abri de la possibilité des rechutes qui peuvent se succéder à quelques jours d'intervalle, présente l'avantage de pratiquer sur le patient deux opérations dans le même temps, d'une part l'évacuation de la collection, d'autre part l'ablation de l'amygdale, sans laisser entre ces deux temps l'intervalle de plusieurs semaines, au terme desquelles le malade hésite à se faire opérer.

Justification prophylactique. — La guérison, de ce fait, est radicale, définitive. L'amygdalectomie à chaud constitue donc la meilleure prophylaxie des abcès futurs. Elle est d'ailleurs d'autant mieux acceptée par le malade que celui-ci se montre plus disposé, au moment où il souffre, à s'assurer contre le retour de pareil accident.

Justification opératoire. — L'abcès siégeant entre la capsule fibreuse de l'amygdale et l'aponévrose latéro-pharyn-

gienne, il se produit peu à peu, lors de son évolution, un clivage naturel de toute la portion supérieure de l'amygdale; seul le tiers inférieur de la glande ne se laisse pas cliver, et le pôle supérieur présente quelque difficulté à se laisser décoller.

L'opération se trouve donc, de ce fait, singulièrement facilitée.

Comment n'être pas tenté de profiter de ce clivage naturel quand on pense à la difficulté que présente parfois ce clivage, lors d'une amygdalectomie à froid, par suite des adhérences inter-capsulo-pariétales?

Justification post-opératoire — Une telle opération, de l'aveu de ceux qui l'ont pratiquée, se montre d'une innocuité absolue.

A priori, deux ordres d'accidents étaient à redouter : hémorragies et infection. Or, les risques d'hémorragie sont réduits au minimum. En effet, le fond de la loge amygdalienne est tapissé par la membrane pyogène qui adhère intimement à sa paroi et la protège. La surface cruentée est réduite au minimum, car elle n'intéresse que les deux pôles de la glande. Dans les tonsillectomies à froid, au contraire, les hémorragies sont fréquentes lors de la section des brides cicatricielles. D'autre part, dans l'opération à chaud, il n'y a pas à craindre d'hémorragies secondaires lors de la chute de la pseudo-membrane fibreuse, vers le huitième jour. La même membrane pyogène, qui protège de l'hémorragie, forme aussi une barrière contre l'infection. Le phlegmon a constitué lui-même sa membrane de défense.

Du 1^{er} janvier au 15 juillet 1933, quinze amygdalectomies à chaud ont été pratiquées dans le service de M. Baldenweck, qui ont fait l'objet d'une communication de sa part au Congrès d'Oto-rhino-laryngologie de 1933. Voici les résultats :

AU POINT DE VUE LOCAL. — Les malades ont accusé une

céation particulièrement rapide des douleurs et de la dysphagie. Une alimentation légère a pu être reprise dès le lendemain.

Les phénomènes douloureux, dus à la plaie opératoire ont été moins intenses que dans les interventions à « froid ». Ce résultat est peut-être dû à l'unilatéralité de la plaie opératoire. La cicatrisation se fait normalement en douze ou quinze jours. Les cicatrices sont souples, non adhérentes.

AU POINT DE VUE GÉNÉRAL. — L'état général s'est rapidement amélioré. Le soulagement et la sensation de détente sont particulièrement remarquables. L'aspect infecté, si fréquent, disparaît avec rapidité. Dans certains cas surtout, alors que l'importance des signes généraux pouvait faire craindre une septicémie, le bien-être retiré de l'intervention à « chaud » fut rapide et considérable. Les courbes de température montrent qu'en général, le soir même de l'opération, la fièvre a oscillé entre 38° et 38° 4. Elle n'a jamais dépassé 39° 1, et dans un seul cas. La température la plus basse a été 37° 4. L'intervention ayant en général eu lieu vers midi, et la température ayant été prise au milieu de l'après-midi, il ne faut pas s'étonner qu'il n'y ait pas encore de chute vespérale. Dès le lendemain, cette chute se produisait d'une façon définitive.

Inconvénients

Malgré les avantages indéniables qu'elle présente, l'amygdalectomie à chaud conserve des détracteurs.

On lui reproche surtout d'être une arme « à deux tranchants », de pouvoir favoriser la dissémination d'une infection et causer des accidents septicémiques graves, ce qui peut être préjudiciable non seulement au malade mais aussi au chirurgien. Nous avons déjà signalé à ce point de vue le rôle joué par la membrane pyogène et dans leurs communications respectives, MM. Baldenweck, Halphen, Leroux, Canuyt ne mentionnent pas d'accidents de cet ordre.

Cependant, il nous a été donné d'assister dans le service de M. Baldenweck, postérieurement à la publication de ces cas, à deux accidents hémorragiques. Depuis juillet 1933, 11 nouveaux cas ont été opérés, ce qui fait donc un total de 26 amygdalectomies à chaud. Sur ces 26 cas, ces deux hémorragies ont été les seuls accidents. Encore les suites opératoires furent-elles par ailleurs tout à fait favorables.

Le seul cas récent d'accident infectieux survenu après amygdalectomie à chaud est signalé par Cambrelin. Et encore peut-on se demander si une intervention plus précoce n'aurait pas justement évité les accidents. C'est un cas d'abcès gangréneux du poumon, qui se termina environ deux mois après par la mort. Mais il importe de souligner que l'amygdalectomie n'avait été décidée qu'après la deuxième récurrence, coup sur coup de l'abcès, et que de plus, quand l'opération fut pratiquée, le malade avait présenté une hémorragie de 100 gr. précédée et suivie de frissons avec température à 39° 5. En somme, au moment de l'intervention, le malade était en septicémie.

Il ne semble donc pas que l'on puisse retenir ces cas pour s'interdire systématiquement toute amygdalectomie à chaud.

Technique

On a prétendu que la technique était rendue difficile à cause du trismus et de la mauvaise qualité de l'anesthésie. Sur les 21 cas opérés par M. Baldenweck, jamais, à ce double point de vue, il n'y eut de difficultés.

M. Baldenweck se contente de l'anesthésie par infiltration, suivant exactement la même technique que dans une anesthésie pour amygdalectomie à froid. Il obtient en général des anesthésies suffisantes pour opérer en toute tranquillité. Seuls quelques sujets pusillanimes ont montré quelque résistance, qu'il n'est pas rare de trouver non plus lors d'une amygdalectomie à froid.

Au besoin, si le trismus était trop gênant, un attouche-

ment au Bonain au niveau de la queue du cornet moyen, suivant le conseil d'Halphen, permettrait d'obtenir une visibilité suffisante.

Deux techniques opératoires sont possibles : la dissection, suivie d'ablation à l'anse de Vacher, et le Sluder.

Les pressions qu'il faut exercer sur la glande dans le Sluder le rendent impraticable, à cause des douleurs et du risque d'irruption soudaine du pus, dont on ne peut contrôler l'écoulement.

C'est pourquoi il faut préférer la dissection.

Nous retrouvons ici les trois temps de l'amygdalectomie à froid. Le décollement du pôle supérieur s'avère comme le temps le plus difficile, sauf si la collection est très développée dans le voile, parce que l'on opère en pleine infiltration et que le plan de clivage est difficile à trouver. Le mieux est d'employer le crochet de Lermoyez. Il peut être préférable, si le temps s'avère trop difficile, d'inciser systématiquement le long du bord du pilier antérieur, et de contourner l'amygdale en dehors.

Le second temps, au contraire, est facile. Le crochet sectionne le pilier antérieur en pleine muqueuse et le décolle. Il suffit souvent d'employer le décolleur qui pénètre dans la loge amygdalienne où la collection a provoqué un clivage. Le pus s'écoule et est aspiré par l'abaisse-langue-aspirateur maintenu par un aide.

Il ne reste plus alors qu'à sectionner le pôle inférieur à l'anse de Vacher.

La cavité opératoire présente un aspect rouge, tomenteux, irrégulier, exsangue.

Le soulagement est immédiat; les suites, nous l'avons vu, sont faciles et la guérison plus rapide que dans l'amygdalectomie ordinaire à froid.

Cette opération présente l'intérêt d'être à la fois curative et prophylactique, d'ouvrir complètement la collection purulente, d'entraîner le minimum de souffrances et de guérir rapidement.

Il arrive parfois, au cours de l'intervention, que l'on ait quelque difficulté à décoller le pôle inférieur. M. Baldenweck conseille, dans ces conditions, de ne pas insister et, au besoin, d'enlever ultérieurement cette partie inférieure, simplement par un coup de pince de Ruault. Il fait de plus remarquer que la persistance de ce pôle inférieur ne joue pas de rôle dans les récidives des phlegmons périamygdaliens qui sont, pour ainsi dire, toujours sous la dépendance de la portion intravélique de l'amygdale et que, lorsqu'on voit ces malades peu de temps après l'intervention, on est surpris de constater combien le fragment amygdalien est devenu insignifiant.

Amygdalectomie à tiède

Nous avons vu les reproches que l'on peut faire à l'intervention à chaud.

Canuyt trouve que l'amygdalectomie pratiquée dans ces conditions peut être dans certains cas longue, difficile et même dangereuse, parce que l'on ouvre des voies à l'infection.

Les adhérences, notamment, peuvent parfois rendre l'opération délicate, laborieuse et importante, en rendant difficile la recherche du plan de clivage extra-capsulaire.

Il a donc récemment proposé une nouvelle technique opératoire, basée sur ses recherches anatomo-expérimentales publiées il y a quelques années déjà. S'il pratiquait l'amygdalectomie à chaud à cette époque, c'est dans un seul but d'expérimentation. Il rappelle qu'en 1931 il n'a jamais conseillé cette opération comme traitement des abcès périamygdaliens. Il a pratiqué plus de cent fois cette intervention, mais il a toujours fait des réserves sur sa valeur chirurgicale.

Malgré que ses travaux, en précisant le siège exact des suppurations périamygdaliennes, aient ouvert la voie en France à des interventions à chaud que pratiquent d'une façon habituelle Halphen et Leroux, il ne fait pas sienne cette intervention et propose une nouvelle technique, reposant sur les principes de la chirurgie générale et qu'il appelle l'amygdalectomie totale à tiède..

Cette technique comprend deux interventions successives :

- a) l'ouverture large de la loge amygdalienne;
- b) l'amygdalectomie totale.

A. — Ouverture large de la loge amygdalienne. — Le principe est qu'il faut une ouverture large, au point déclive. pratiquée par voie directe. Le drainage doit être assuré largement.

On pratiquera une anesthésie locale par infiltration du pilier antérieur avec la solution de novocaïne à 1 pour 200, suivie d'une infiltration large de la loge amygdalienne. L'opération, assez douloureuse, devra être faite avec une extrême douceur et très lentement.

1^{er} Temps. — Transfixion du voile au niveau de l'hiatus vélo-tonsillaire avec la faux de Ruault selon la technique de Mouret, ou section avec tout autre instrument, des ciseaux par exemple.

Ce premier temps permet au pilier antérieur de se relâcher et découvre ainsi l'amygdale et son pôle supérieur. On a alors une voie d'accès directe sur la loge.

2^e Temps. — Pratiquer à l'aide du bistouri une incision verticale de la muqueuse au niveau de la surface correspondant au bord libre du pilier antérieur. Cette incision s'étend du pôle de l'amygdale jusqu'au niveau de la dernière grosse molette inférieure. Elle doit avoir une profondeur de 2 à 3 mm.

Puis effondrer, si l'on n'a pas trouvé encore de pus, à l'aide d'un instrument moussé le plan infiltré, qui sépare de la loge amygdalienne, qu'on ouvrira largement et qu'on videra aussi complètement que possible, à l'aide de l'aspiration. La loge qui présente alors des parois lisses sera explorée avec soin et tamponnée à la gaze imbibée de vaccin, d'antivirus ou de bactériophage et changée toutes les vingt-quatre heures

B. — Amygdalectomie totale. — L'ablation totale de l'amygdale aura lieu 3 à 6 jours après, quand la température se rapproche de la normale. A ce moment l'œdème a disparu, les tissus infectés ont retrouvé leur souplesse, la loge est largement ouverte et l'amygdale se présente dans les meilleures conditions pour être enlevée. L'amygdalectomie est même en partie réalisée.

On anesthésie par infiltration à la novocaïne à 1 pour 200: l'injection est facilement pratiquée sans douleur.

La technique opératoire est simplifiée grâce au clivage réalisé par la collection et maintenu par le méchage. La dissection est donc minime; seul le pôle inférieur est adhérent. L'ablation de l'amygdale est faite à l'anse froide.

Avantages de l'Amygdalectomie à tiède. — Les suites opératoires sont très simples: alors que dans l'amygdalectomie à froid il existe une gêne de la déglutition durant plusieurs jours, ici, dès le lendemain, le malade peut s'alimenter légèrement et il guérit rapidement.

L'intervention est aussi plus facile, puisque seules les adhérences au niveau du pôle supérieur sont à effondrer. L'amygdale vient pour ainsi dire toute seule alors que dans l'opération à froid les adhérences capsulo-pariétales rendent parfois la dissection difficile.

L'anesthésie est bonne, et contrairement à ce qui se passe dans l'amygdalectomie à chaud, l'élément douleur n'existe pratiquement pas.

L'hémorragie est minime.

Les complications infectieuses ne sont pas à craindre; on opère en tissu normal.

Les complications hémorragiques sont rares, du fait que les surfaces cruentées sont réduites au minimum, au niveau des deux pôles.

Enfin l'amygdalectomie à tiède offre pour le malade cet avantage capital pour son avenir que, encore sous l'influence de souvenirs récents, il est mieux disposé à accepter l'intervention qui lui est proposée, intervention qui présente cet autre avantage d'être réalisable avec le minimum de gestes opératoires.

Un des inconvénients les plus notables que l'on puisse reprocher à cette méthode est l'unilatéralité de l'opération. Il ne saurait être en effet question, sous aucun prétexte, d'enlever les deux amygdales en cas de phlegmon unilatéral, car du côté sain il n'existe aucune membrane protectrice, et ce serait s'exposer à des accidents graves que de cruer ainsi une vaste région, dans un milieu septique où domine le streptocoque. Sauf le cas de phlegmon bilatéral, il faut donc se résoudre à n'opérer que d'un côté, se réservant d'intervenir plus tard du côté opposé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

M. H..., Maurice, 33 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 9 février 1926, porteur d'une tuméfaction cervicale s'accompagnant de douleurs de tête et d'oreille. La température est à 39°. Le début remonte à 15 jours, marqué par de la dysphagie, apparue 48 heures après un coup de froid et par de la fièvre. Le lendemain, tandis que la dysphagie augmente, apparaît une masse sous-angulo-maxillaire gauche, extrêmement dure.

On décèle l'existence d'un phlegmon de l'amygdale gauche, qui refoule la glande vers la ligne médiane et s'accompagne d'œdème gélatiniforme de la luette. L'amygdale est dure. La palpation ne révèle pas de fluctuation au niveau de la paroi latérale du pharynx.

La masse cervicale, très dure, de la grosseur du poing, ne présentant aucune zone de ramollissement, occupe toute la région sous-angulo-maxillaire.

Le trismus et la dysphagie sont intenses. Le malade se plaint d'une otalgie pénible.

Le 11 février, on pratique une injection de Propidon de 3 cc.

Le 12 février, une zone de fluctuation étant apparue dans la masse cervicale, on intervient.

Après incision en avant du sterno-cleido-mastoïdien, on tombe sur un gros ganglion qu'on énuclée. Puis, une dilacération à la sonde et au doigt donne issue à un verre à Bordeaux de pus. Le doigt, introduit dans la profondeur, sent nettement la loge, l'apophyse styloïde et l'angle du maxillaire. Drainage. Les suites furent normales, et le 8 mars le malade sortait guéri.

OBSERVATION N° II

(Personnelle)

M^{lle} F..., Renée, 26 ans, entre au mois de février 1934 à Beaujon pour une douleur vive au niveau de l'amygdale droite. La fièvre est à 39°, l'état général mauvais. La malade, qui a subi une amygdalectomie partielle à l'âge de 13 ans, présente un état phlegmonneux au niveau d'un reliquat amygdalien, à droite. En huit jours, après un traitement au Propidon, tout rentre dans l'ordre. Il n'existe plus, entre les piliers du côté droit, qu'une petite nodosité, dure, non douloureuse. Pendant les huit jours

suivants, reprennent les douleurs à la déglutition. La fièvre apparaît de nouveau, et la malade entre une nouvelle fois salle Malgaigne, d'où elle est envoyée dans le service de laryngologie. Elle présente une tuméfaction cervicale rétro-maxillaire discrète. Après un traitement au Propidon, tout rentre de nouveau dans l'ordre. Les douleurs et la fièvre disparaissent. Il persiste entre les piliers une petite nappe lymphoïde droite, très peu épaisse, non douloureuse, encore légèrement dure à la palpation. Il n'y a pas de tuméfaction sous-maxillaire.

OBSERVATION N° III

(Personnelle)

M^{me} B..., 42 ans, sans passé amygdalien sauf une angine deux ans auparavant, est prise, le 15 mai 1934, d'une angine pultacée, qui dure huit jours. Le 21 mai, température et dysphagie ont disparu.

Le 23 mai, la température remonte à 39°5. Pas de dysphagie, mais il apparaît, à droite, des douleurs cervicales assez intenses, à sensation de tension continue. La malade vient consulter le 25 mai. La région amygdalienne droite est rouge, tuméfiée. Le pilier postérieur déborde largement l'amygdale sous forme d'un épais bourrelet. Le voile bombe très légèrement, la luette est cedématiée. Incision du pilier postérieur au point de tuméfaction maximum sans issue de pus.

Le 26 mai, l'état est stationnaire. Le malade continue à souffrir dans la région cervicale et se plaint d'otalgie.

La région amygdalienne se présente sous le même aspect que la veille. La région cervicale est tuméfiée, douloureuse à la pression. Une adénopathie rétro-angulo-maxillaire, assez importante, s'accompagne de périadénite. Pas de zone de ramollissement. La malade se plaint d'un léger torticolis. La température est à 39°3. L'état général est peu abattu.

Le 26 mai, M^{me} B... reçoit 4 cc. de Propidon.

Le 28 se produit une amélioration locale au niveau du cou. Les tissus s'assouplissent. On constate une légère régression de l'état phlegmoneux amygdalien, mais les phénomènes généraux persistent. Nouvelle injection de Propidon.

Le 30 mai, la température est tombée à 37°8. Les signes fonctionnels ont disparu. Localement, la région cervicale est souple, l'adénopathie s'est résorbée, la région amygdalienne droite est normale.

OBSERVATION N° IV

(Rapportée par Zange)

Homme de 29 ans, fait un abcès périllonsillaire qui est ouvert au quatrième jour. Après une courte amélioration, où cependant la fièvre et

les symptômes subjectifs continuent, apparaît, le septième jour, une tuméfaction du genou: le huitième jour, une tuméfaction de l'œil du même côté. Ce n'est que le neuvième jour que le malade est transféré dans une clinique chirurgicale et, de là, le dixième jour, dans le service d'O. R. L. Le malade est cyanosé, subictérique, présente encore du trismus. Incisure béante dans le voile encore tuméfié d'où s'échappe du pus. Paralyse récurrentielle gauche, tuméfaction ganglionnaire du cou. La moitié gauche de la figure et du cou est tuméfiée. Exorbitis, immobilité du globe, papillite. On opère, mais il est impossible de faire la ligature de la jugulaire à un endroit non thrombosé. Le reste de l'opération montre qu'on arrive trop tard. La mort survient le 12^e jour.

OBSERVATION N° V

(Rapportée par Zange)

Homme, 32 ans, présente depuis 5 mois, de temps en temps, des aiguilles à 38° et à 39° avec frissons. On a songé à la fièvre typhoïde, à la péricardite, à la pleurésie. C'est seulement l'augmentation de la tuméfaction ganglionnaire de l'angle maxillaire qui provoque l'admission du malade à la Clinique de Zange. Très anémié, il présente, à côté de la tuméfaction ganglionnaire, un léger durcissement et une sensibilité de la veine jugulaire. L'amygdale, du même côté, paraît propulsée jusqu'à la ligne médiane. Léger trismus. Le malade est opéré. La veine faciale postérieure paraît thrombosée. En nettoyant soigneusement la carotide externe et ses branches, on tombe sur une tumeur jaune-grisâtre qui se rompt au même moment et donne lieu à un jet de sang artériel : rupture spontanée de l'artère maxillaire externe arrodée. Ligature de la carotide externe, de la maxillaire et éradication de la veine faciale postérieure thrombosée. Le malade a très bien supporté l'opération. L'amygdalectomie ne l'a pas gêné outre mesure. Mais, onze jours après l'intervention, reprise de l'état pyémique. Le malade meurt 17 jours après l'opération. L'autopsie montre que la nouvelle pyémie est partie d'un petit foyer de suppuration sis à l'endroit où a été faite la ligature de la maxillaire externe. La jugulaire n'était pas thrombosée. L'examen de l'amygdale révèle une ancienne tonsillite avec myosite fibreuse derrière l'amygdale, et infiltration muco-cellulaire comme signe de récidence de l'angine.

OBSERVATION N° VI

M. G..., Roger, 19 ans, vient consulter le 16 mai 1933. Il est atteint d'un phlegmon de l'amygdale gauche. C'est un habitué des phlegmons. Il en a déjà présenté un au mois de novembre 1932, et un autre il y a trois ans, également du côté gauche.

Le phlegmon actuel est volumineux, et s'accompagne d'un trismus important. La dysphagie est intense; la température atteint 38°6. L'intervention à chaud est décidée le 18 mai.

L'anesthésie locale, sans être parfaite, est très suffisante. A la section du recessus, il se produit une issue abondante de pus. Il est néanmoins assez difficile de coiffer le pôle supérieur. Après y être arrivé, on décolle facilement le reste de l'amygdale. Le pilier postérieur n'est pas adhérent du tout à l'amygdale. Le lendemain, 19 mai, la température est descendue à 36°7. Les douleurs ont disparu, ainsi que le trismus. Les suites sont très favorables, et le malade sort guéri le 27 mai.

OBSERVATION N° VII

M. G..., Charles, 23 ans, vient consulter le 12 mai 1933, avec 39° de fièvre, se plaignant de dysphagie douloureuse et présentant un important trismus. L'examen de la gorge montre la tuméfaction et le bombement de l'amygdale droite. Les piliers sont fortement œdédiatiés.

Une amygdalectomie est pratiquée le jour même. L'anesthésie locale est bonne et donne déjà issue à du pus, dont on ne peut délimiter exactement la provenance. Le recessus est incisé. Le pôle supérieur de l'amygdale est amené sans trop de difficulté. Il ne s'écoule que peu de pus. Ce n'est qu'en arrivant vers le milieu de la face latérale que celui-ci sort à flot. L'ablation est pratiquée au serre-nœud, comme à l'accoutumée, en abandonnant en place la partie toute inférieure de l'amygdale.

Il semble bien qu'ici la collection ait été primitivement, et en tout cas, au maximum, le long de la face latérale. Il n'y avait, d'ailleurs, qu'un bombement restreint du voile, qui était peu infiltré. Il est vraisemblable que l'incision n'aurait que peu ou pas ouvert la collection.

Le soir de l'intervention, la température est à 38°2; le lendemain soir, à 37°5.

Le troisième jour, la température était à 37°. Le malade sortait le huitième jour sans avoir présenté aucun accident.

OBSERVATION N° VIII

M^{lle} U..., Alice, 23 ans, se présente le 28 mars 1933 à la consultation avec un abcès de l'amygdale droite caractérisé : projection de l'amygdale en avant et en dedans, œdème et rougeur du voile, léger œdème de la luette.

Le 28 mars, on cherche l'abcès à sa place habituelle au moyen d'une pince de Lubet; le pus ne paraît pas. L'incision classique du voile et une nouvelle introduction de la pince ne donne pas un meilleur résultat.

Le 29 mars, aucune sédation, la température est à 38°5. Une nouvelle recherche en arrière ne permet pas de découvrir le pus. Trois centimètres cubes de Propidon sont alors injectés à la malade, qui est admise.

Le 30 mars, l'intervention est décidée. Anesthésie locale. On incise le recessus. Le voile est infiltré; on ne peut glisser derrière le pôle supérieur.

Le pilier antérieur est incisé. L'amygdale est contournée. Cette manœuvre provoque l'issue d'un flot de pus latéralement. On décolle de bas en haut assez facilement, puis vers le bas. Enucléation au serre-nœud. Il reste un fragment du pôle inférieur que l'on enlève à la pince.

Le pus occupait un espace situé latéralement et au milieu de l'amygdale. Il avait fusé, en se creusant une loge, dans le pilier postérieur et en s'infiltrant en arrière dans le voile.

Le 31 mars, ascension thermique à 39°1. Le soir même, la température redescend à 38°1. Sortie le 8 avril sans aucune complication.

CONCLUSIONS

I. — Il peut survenir, au cours des phlegmons périamygdaliens, des complications graves, notamment hémorragiques et septicémiques, capables de mettre la vie du malade en danger.

Les récidives jouent un rôle étiologique certain dans l'apparition de ces complications.

Les abcès sont d'autant plus dangereux qu'ils sont petits, parce qu'alors ils évoluent d'une façon latente. Le médecin doit donc s'efforcer, toutes les fois qu'il le pourra, d'instituer un traitement prophylactique.

II. — L'amygdalectomie à chaud, quoiqu'il n'y ait pas encore à son sujet de statistique suffisamment importante, semble être un moyen thérapeutique des plus utiles, d'une part dans le traitement curatif des complications, et d'autre part au point de vue prophylactique.

Les difficultés opératoires qu'elle peut présenter ne sont pas une raison pour la faire rejeter, si elle s'avère, dans son ensemble, supérieure ou au moins égale aux traitements classiques de l'abcès, et si elle leur est supérieure au point de vue prophylactique.

III. — L'amygdalectomie à chaud sera plus indiquée dans les phlegmons latéro et rétro-amygdaliens, qui sont susceptibles, plus que les formes antérieures, de donner des complications.

IV. — L'incision simple, — pratiquée selon la méthode

de Lemaistre, qui donne le meilleur drainage, — doit être réservée aux phlegmons premiers en date.

Pour les cas récidivants, il est préférable, si rien ne s'y oppose, de pratiquer l'amygdalectomie à chaud.

Vu :

Le Doyen,
Professeur ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse,
Professeur F. BEZANÇON.

Vu

et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Baldenweck.* — A propos de l'amygdalectomie à chaud. Congrès français d'O. R. L. de 1933.
- Traitement des phlegmons de l'amygdale. *La Médecine*, janvier 1934.
- Barnes.* — The radical treatment of peritonsillar abscess. Boston, *Med. a. Surg. Journ.*, 30 décembre 1915.
- The Tonsillits, 1923.
- Basavilbaso.* — L'extirpation totale des amygdales dans quelques-uns de leurs processus aigus. *Revue de laryng.*, d'otol., 30 nov. 29.
- Bingold* — Soc. méd. de Nüremberg, 6 déc. 1932. Les septicémies après angine. Diagnostic et traitement.
- Bourgeois.* — Nouveau traitement abortif local des phlegmons péri-amygdaliens. *Progrès médical*, n° 18, 4 mai 1929, p. 764.
- Burckart.* — La pathogénie de la septicémie amygdalienne. *Zeits.*, vol. XXIII, n° 1.
- Caboche.* — Congrès d'O. R. L., octobre 1924.
- Cambiesco, Tzetzou et Popesco.* — *Progrès médical*, 10 septembre 1932.
- Canuyt.* — Le siège anatomique exact des phlegmons périamygdaliens. *Ann.*, juillet 1931, n° 7.
- Les phlegmons de la loge amygdalienne. La ponction exploratrice. Résultats. *Ann.*, juin 1931, n° 6.
- Les phlegmons de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale à chaud. *Ann.*, août 1931, n° 8.
- Traitement chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne. Technique opératoire en deux temps. *Ann.*, juillet 1933, n° 7.
- Canuyt et Géry.* — Les phlegmons de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale. *Ann.* 1932, n° 8.
- Claus.* — Pyémie post-angineuse. *Ann.*, 1929, p. 189; *Zeits.*, vol. XXI.
- Erdelyi.* — *Zeits.*, t. 62, n° 5.
- Gaston et Y. Lemaitre.* — *Ann.*, 1932, p. 807.

- Giorgi. — Le traitement abortif des phlegmons périamygdaliens par l'injection, *in situ*, d'argent colloïdal. Thèse de Paris, 1930.
- Greenfield. — Les infections péritonsillaires. *Ann.*, 1929, p. 95.
- Halphen. — A propos de l'amygdalectomie à chaud dans les phlegmons périamygdaliens collectés. *Ann.*, 1933, n° 4.
- Halphen et Djiropoulos. — Traitement abortif des phlegmons périamygdaliens par le bactériophage. *Progr. méd.*, 100 et 101, 21 juillet 1933.
- Hoffmann. — Soc. vien. de rhino-laryng., mai 1928.
- Kelemen. — Zur Lehre von den Verwicklungen peritonsillärer Prozesse. *Zeits.*, 1927, 30 juin.
- Knick. — Traitement opératoire de la septicémie amygdalienne. Soc. all. d'O. R. L., 1927, 7^e séance.
- Lapouge. — Hémorragie spontanée. *Ann.*, 1933, n° 8.
- L. Leroux. — L'amygdalectomie dans les phlegmons périamygdaliens. *Ann.*, 1933, n° 7.
- Le traitement des abcès périamygdaliens par l'amygdalectomie à chaud. *Pr. méd.*, 29 décembre 1932.
- Le Mée, H. Guillon et J. Dalsace. — Phlegmon latéro-amygdalien avec localisation articulaire. Tonsillectomie à chaud. *Ann.*, 1932.
- Mendoza. — *Ann.*, 1932, p. 838.
- Reverchon. — Immunotransfusions. *Ann.*, 1932, p. 1123.
- Schlittler. — Traitement de la pyémie post-angineuse. *Ann.*, 1929, p. 768.
- Sercer. — Hémorragies au cours des phlegmons périamygdaliens. *Monatsch. F. Ohren.*, t. LXII, n° 6.
- Terracol. — *Orientation médicale*, Octobre 1933, p. 1.
- Waldapfer. — Nouvelle contribution à la pathogénie de la pyémie post-angineuse. *Zeits.*, t. XXVI, n° 4.
- Wolmat. — Phlegmon périamygdalien hémorragique. *Rev. de laryng., ot. et rhin.*, 15 mars 1926.
- Zange. — Wien Klin. Wochens., 39, 1099, 1926. *Zeits.*, t. XVII, n° 2.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	11
<i>Chapitre premier</i> : FORMES ANATOMO-CLINIQUES	13
<i>Chapitre II</i> : COMPLICATIONS	17
Absès récidivant	18
Absès latéro-pharyngien	19
Hémorragies.	22
Septicémie post-angineuse	24
<i>Chapitre III</i> : TRAITEMENT DES COMPLICATIONS	31
I. — Traitement curatif	31
II. — Traitement préventif	37
Médical.	38
Chirurgical.	38
III. — Traitement prophylactique	43
Amygdalectomie à froid	43
Amygdalectomie à chaud	44
Amygdalectomie à tiède	51
OBSERVATIONS.	55
CONCLUSIONS.	60
BIBLIOGRAPHIE.	62

